

市区町村長 様
 市区町村番号

住所地内接種分

医療機関等の所在地：

代表者氏名：

電話番号：

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

医療機関等番号（10桁）：

医療機関等名称：

20 年 月請求分

↓請求金額（税込み）＝単価（税込み）×請求件数

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	6歳未満				
	6歳未満（時間外）				
	6歳未満（休日）				
	6歳以上				
	6歳以上（時間外）				
	6歳以上（休日）				
	小計				
接種	6歳未満				
	6歳未満（時間外）				
	6歳未満（休日）				
	6歳以上				
	6歳以上（時間外）				
	6歳以上（休日）				
	小計				
合計		件	円		

↑太枠内に記載すること

≪単価（税抜き）≫

【単価（税込み）】

予診のみ	6歳未満	2,200円	→	2,420円
	6歳未満（時間外）	2,930円	→	3,223円
	6歳未満（休日）	4,330円	→	4,763円
	6歳以上	1,540円	→	1,694円
	6歳以上（時間外）	2,270円	→	2,497円
	6歳以上（休日）	3,670円	→	4,037円
接種	6歳未満	2,730円	→	3,003円
	6歳未満（時間外）	3,460円	→	3,806円
	6歳未満（休日）	4,860円	→	5,346円
	6歳以上	2,070円	→	2,277円
	6歳以上（時間外）	2,800円	→	3,080円
	6歳以上（休日）	4,200円	→	4,620円

住所地内 接種分	対象
	✓

※医療機関等の所在地と請求先が
 同じ市区町村の場合はチェック

※住所地内接種分（国保連合会取扱い）を請求する際、予診票に添付してください。

（この様式を複写してお使いください。）